口腔顔面痛のエビデンスを探るその診断と治療

口腔心身症——歯科領域でよくある精神障害

村 岡 衛

村岡内科消化器科クリニック

平成 20 年 6 月 27 日受付

平成 20 年 7 月 23 日受理

Psychosomatic Medicine in the Field of Dentistry

Mamoru Muraoka

Muraoka Medical Clinic

E-mail: mmuraoka@gol.com

Abstract

It is quite common for dentists to treat patients with orofacial pain, and often the diagnosis involves a psychological problem. For many years I have been working in close cooperation with dental anesthetists. And over the years we have treated 52 orofacial pain patients. Diagnoses included depressive disorder, delusional disorder, PTSD, and anxiety disorder, all diagnosed by DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Edited by American Psychiatry Association). Because of the large number of such patients, a conference on orofacial pain and psychology was held in which we studied DSM-IV to insure that we were using the same criteria for the mental disorders. Herein, I present cases of dental patients with psychological problems, and review the diagnosis and treatment of the mental disorder.

Key words: Orofacial pain/Psychosomatic medicine/DSM-IV/Brief psychotherapy

抄 録

歯科領域では口腔顔面痛は避けて通れない問題である。さらに苦痛である以上、心理的な側面が表面化する場合がある。九州歯科大麻酔科と8年にわたって病診連携を行ってきた。これらの症例の経過、予後について報告し、歯科領域でみられる精神障害に対する考察を行った。その内訳はうつ病性障害、妄想性障害、PTSD、不安性障害、疼痛性障害、身体表現性障害、恐慌性障害などであった。DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-IV はアメリカ精神医学会が編集した精神疾患の診断基準集であるが、上記の精神疾患の分類はこの診断基準に従った。これらの診断基準を示し、うつ病性障害、妄想性障害、PTSD、疼痛性障害の症例を提示した。病診連携の延長上に麻酔科と4年間にわたって口腔心身症の勉強会を行ってきた。この結果として、歯科医にとって理解しがたいと考えられていた心因が主である病態も診断基準に照らし合わせれば共通の認識をもちうることが解った。元

来精神科領域である患者さん、二次的に起こる不安、情動の不安定さに至った患者さん達も歯科と共有できる診断基準を利用することによって症状を緩和する手段がみつかり、解決に向かいいうことが解ってきた。また、薬物療法について症例を通して解説し、比較的容易にとりかかれる Brief psychotherapy についても触れてみた。

キーワード：口腔顔面痛/心身医学/DSM-IV/Brief psychotherapy

I 対 象

1997年3月30日から2007年11月7日にかけて九州歯科大学附属病院または関連施設から当院への紹介患者は52例であった。内訳としては男性10例、女性42例であった。年齢は16才から87才で平均は51.1才だった。主訴は口腔の痛み、顔面の痛み、頭痛、顎関節の痛み、唾液の異常感、顔面の歪みなどであった。これらをアメリカ精神医学会編集のDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) AXIS分類に従って診断した。分類は下記のように行われる。

AXIS I：現精神疾患（重複可）

AXIS II：発達障害、人格障害
特徴を述べても良い

AXIS III：身体疾患または状態

AXIS IV：心理社会的ストレスの強さ

AXIS V：現在の社会的機能レベル

AXIS V：過去一年間の最高レベル

AXIS Iの現精神疾患ではうつ病性障害が最も多かった。妄想が関与するものが6例、古典的にはヒステリーとされる身体表現性障害が3例、心的外傷後ストレス障害（PTSD）が2例、不安性障害が2例、疼痛性障害、恐慌性障害が各1例ずつであった。

予後はうつ病性障害の39例で軽快が35例（治療中15例）、不変が4例（転院2例）であった。妄想性障害6例についての予後は悪いのではないかとの予想に反して軽快が3例であった。軽症例が多かったせいであったのかも知れない。しかし、不変が3例（治療中1例、精神科転院2例）であった。身体表現性障害は3例であった。軽快は1例、不変は2例（治療中1例、転院1例）であった。PTSDは2例とも軽快した。

II 症 例

以下に症例を提示してその治療経過を示す。

A. うつ病性障害症例（MK 87才女性）

DSM-IVの診断基準は表1に示した。

1. 主訴：前歯の痛み

表1 うつ病性障害（DSM-IV）

以下の症状が5つ以上2週間存在し、1）、2）のうち一つを含む。

- 1）一日中の抑うつ気分（イライラでも良い）
- 2）興味または喜びの喪失
- 3）著しい体重の増加または減少
- 4）不眠または睡眠過多
- 5）焦燥または制止
- 6）易疲労性または気力の減退
- 7）無価値観または罪責感
- 8）思考力や集中力の減退または決断力の低下
- 9）希死念慮

2. 起始経過：04年に義歯の調整のために歯科を受診した。その日の夕方から疼きはじめる食事をするとうつむようになった。鎮痛剤も効果はなかった。口腔外科を受診し、2本抜歯、6本さし歯をした。このあと激痛が起こり、食事ができなくなった。内科に入院し、慢性心不全と診断され治療を受けた。この時は歯の痛みは無かった。05年6月から歯の激痛が起こるようになった。8月に麻酔科を受診し、当院を紹介となった。

痛みはガラスのかけらをくわえているような痛み。さし歯の根元がズクン、ズクンする。下の残った門歯の端がとんがり、とげが生えている。自分でさわると「とげ」が解る。痛い時は駆けずり回りたいくらい。しりもちをついて右の股関節を傷めた時には、歯に電気が走ったとのことであった。

歯科麻酔科での治療はテグレートール200mg内服、トリガーポイント注射だったが除痛は不十分であった。

3. 問題点：口腔神経症にうつ病性障害を合併していると考えられたが、訴えが理解しづらく単一性妄想性障害あるいは認知症の合併も疑われた。痛みの機序としてはCRPSも考えられた。

4. 治療経過：ハンカチをくわえ、唾液をちり紙にとり、泣きながら症状を訴える。「歯のとげ」は手でふれながら詳細に説明してくれる。妄想？に対してセレネース少量

(0.75 mg), うつと唾液分泌高進に対してトフラニール 10 mg, 口腔の痛みにガスロン N 4 mg (抗炎症作用により難治性の口内炎にも使用するため) を使用してみた。その他, 訴えを詳細に聴くことと同時に家族に痛みの理解を促した。その後, 内服で痛みが和らぎ, 睡眠薬で 5 時間眠れるようになった。トフラニールを 10 mg から少しずつ増量。その後, セレネースを (0.75 mg) を 1錠 ~ 5T の間で増減。しかし, 錐体外路症状が出たため減量した。薬物療法にも限界があるため, デイサービスの利用を家族と相談。痛覚過敏のため, 口腔の刺激に対して敏感であると考え, プロテカジンの使用を考えた。プロテカジンはカプサイシン感受性知覚神経を介して, C 繊維から痛覚過敏に効果があるとされている。

診断はうつ病性障害に単一性妄想性障害が合併したと考えた。認知症としての症状は乏しかった。痛みは神経路遮断性疼痛と考えられた。

B 妄想性障害症例 (YI 41 才女性)

診断基準は表 2 を参照されたい。

1. 起始経過: 8 月に歯の痛みがあり, 歯科治療をした。その後, 食べると気分が悪くなるのとことで歯科大を受診したが, 痛みのため開口障害もあった。顎関節症, 筋筋膜症候群と診断され, トリガーポイントの局注などの治療を受けた。9 月末から胃も胸も痛く, 眠れなくなった。10 月から歯科大の主治医に頻繁に電話をし, 「21 才のころ付き合っていた男性である, 主治医の母親に会った」などと語り, 主治医が困惑して当院に紹介となった。歯科大での治療は顎関節症に対してトリガーポイントの局注, 不眠に対してパキシル 10 mg, その後セルシン 2 mg などであった。

2. 問題点: 顎, 肩の痛み, 不眠, 妄想, 結婚に対しての後悔などがあった。

3. 治療方針: 内服はセレネース (0.75 mg) 3T (向精神薬の使用), アキネトン 3 mg (副作用対策), ハルシオン (0.25 mg) 2T とした。病態の説明としては心因反応であろうと伝えた。よって心因反応の治療し, 安定してからの歯科治療を提案した。

3. 治療経過: 夫, 母親と受診。9 月から眠れない。自分はうつではないか。結婚前の問題が尾を引いているとのことであった。話はまとまりが無く, 早口。三人に心因反応と考えられるので暫く通院するように話す。しかし, 村岡内科では一週間薬を飲めばよいと言われたので歯科治療を受けたいと歯科大を受診した。歯科の主治医は村岡内科通院を指示した。ハルシオンを飲むと眠れる

表 2 精神病性障害 (DSM-IV)

心因反応 (短期反応精神病)

- # 1 減裂, 妄想, 幻覚, まとまりのない行動
- # 2 情緒的混乱
- # 3 ストレスの存在
- # 4 分裂病, 分裂病型人格障害ではない
- # 5 2-3 時間以上一ヶ月未満持続
- # 6 気分障害, 器質性因子がない

分裂病様障害

- # 1 精神分裂病と同じ症状
- # 2 持続は 6 ヶ月未満
- # 3 短期反応型精神病でなく, 器質性因子がない
- # 4 錯乱, 見当識障害, または困惑
- # 5 病前は正常
- # 6 感情の鈍麻, または平板さ

妄想性障害

- # 1 奇異でない妄想が一ヶ月継続
 - # 2 幻聴, 幻視は著明ではない
 - # 3 妄想以外には奇異な行動はない
 - # 4 操, うつがあっても妄想の期間の方が長い
 - # 5 精神分裂病まで行かない
- 色情型: 自分と他人が恋愛関係にある
誇大型: 神や有名人と特別な関係
嫉妬型: 配偶者が不実
被害型: 悪意を持って扱われている
身体型: 何らかの身体的な異常や病気がある

妄想性人格障害 (AXIS II)

- # 1 根拠がないのに人に利用される, 危害を受けると予期
 - # 2 誠実さや信頼に対し, 道理に合わない疑問
 - # 3 言葉, 行為を深読み
 - # 4 悪意, 侮辱, 軽蔑を許せない
 - # 5 秘密を打ち明けることを恐れる
 - # 6 怒りを持った反応
 - # 7 配偶者に対する貞節に対する道理のない疑い
- 以上, 4 項目を満たす。

ようになった。薬が切れるとおかしくなる。改めて心因反応の説明をし, セレネースを 4.5 mg に増量した。一週間後に夫と母親と受診。薬が強かったので 1.5 mg を一日二回にしていた。感情の上下は少し良い。顎はだるい。痛みはないが, 冠を入れたいと希望があった。しかし歯科治療は少し待つように指示。セレネースは 0.75 mg を 3T 処方。11 月に入り母親と受診。母親の評価は落ち着

いてきたとのことで歯科治療は可とした。歯科受診したが、もう来なくて良いと言われたと誤解した。焦燥感が強くなり、母親に今までのうらみを延々と話した。落ち着かなくなりセレネースを自分で中止していた。しかし思い込みが強く、自分の判断で薬を中止し悪化していたことを指摘し、薬を再開してもらった。11月中旬に夫と受診。心因反応にしてはまだ不安定であるために精神科受診をすすめ転院した。統合失調症ではないが、もともと妄想性人格障害があったと考えられた。

この他に対処に苦慮する精神疾患として心気症がある。診断基準は下記の通りである。

- # 1 患者自身の解釈による、重大な病気になるという確信
- # 2 患者自身の解釈を医学的に説明できない
- # 3 確信は医学的保证にもかかわらず持続
- # 4 障害の持続は六ヶ月以上

C 統合失調症症例（KK 61才男性）

1. 主訴：左上大臼歯、右上大臼歯の痛み
2. 起始経過：89年12月結核で入院してから主訴が出現。この他左の背部痛、首筋の痛みもあった。01年に父親を亡くしてから左の耳鳴（高音性）、命令口調の人の声なども出現し、03年2月にそばで携帯電話を使用されてから下顎ががくがく震えるようになり保存科を受診し歯に異常はないとされた。麻酔科を紹介となり、更に当院紹介となった。右上大臼歯部の痛みは「ずきずき、じわっとくる、電気が走るよう、しびれるよう」であった。この他の訴えとしては背部痛、首筋の痛み、左の耳鳴（キーン、コンコン、キンキン）、不眠、食欲不振、話が聞こえる（ああせい、こうせい）、ラジオに電波障害、携帯電話の話し声が聞こえるなどであった。
3. 治療方針：セレネース（0.75 mg）1Tから使ってみることとし、大変困っていることは解る、しかし訴えがよく解らないので詳しく教えて欲しいと伝えた。少量の向精神薬が効けば心因反応と考えたが、病歴が長く、薬が反応しづらいので統合失調症と診断し、精神科に紹介した。

D 身体表現性障害症例（SM 46才女性）

診断基準は表3に示した。

1. 主訴：開口障害、顎の痛み（ガリガリ、コクン、ギシギシ）。
2. 起始経過：02年12月に開口障害などのため市立病院口腔外科を

表3 その他（DSM-IV）

転換性障害

- # 1 随意運動機能または感覚機能の障害
- # 2 症状に葛藤またはストレス因子の介在
- # 3 意図的ではない
- # 4 身体的な検索を行っても十分に説明できない
- # 5 社会的な苦痛を伴い、医学的評価を受けるのに妥当
- # 6 他の精神疾患では説明できない

パニック発作

- # 1 動悸、心悸亢進、または心拍の増加
- # 2 発汗、震え
- # 3 息切れまたは息苦しさ、窒息感
- # 4 胸痛または胸部不快感
- # 5 吐き気または腹部の不快感
- # 6 めまい、ふらつき、気が遠くなる
- # 7 現実感消失、気が狂うのではないかという恐怖、死ぬことに対する恐怖感、異常感覚、熱感、冷感など

上記症状が4項目以上が突然起こり10分以内に頂点に達する

受診。改善しないため、歯科大の口腔外科に転院。麻酔科でSGBを受けた。SGBをすると少しは良い。歯科大での診断は顎関節症と緊張性頭痛。03年7月25日に当院紹介となった。既往歴としてはパニック障害と診断されたことが有る。

3. 今までの治療：口腔外科では関節腔内洗浄とドグマチール150 mg、ハイペン800 mg、メイラックス1 mgの内服が行われ、麻酔科SGB、トリガーポイント注射がなされていた。

4. 問題点：身体的には緊張性頭痛、顎関節症、鉄欠乏性貧血が認められ、精神的にはうつ状態、パニック障害（過呼吸）、転換性障害および精神発達遅滞が疑われた。一般的に精神発達遅滞のケースでは痛みの訴えが頑固であり、頻回手術症（polysurgery）に陥ることが多いとされているため治療の困難さが予想された。

5. 治療方針：うつのため、痛みの閾値が下がっていると説明し、抗うつ剤の処方、過呼吸発作を抑制する手段の提供、困難な状況へどのように対処してきたかの整理などをすることとした。

6. 治療経過：03.7.25 ドグマチール150 mg、トリプタノール10 mg、エバミール1 mg 処方を開始した。仕事はピンセットを使った細かい作業、肩こりはブロックで

少し良い。8.1 顎が痛む、歯がとれて食べられない。開口障害は二指分がやっと。夜は眠れるが途中覚醒あり。喉の渇き、便が固い。トリプタノールを 20 mg へ。8.22 固い物を食べると痛む。食欲はある。便秘のためトリプタノール 10 mg に戻す。痛みは 10 から 5 になった。来週 MRI があるがこれが怖い。9.2 MRI は何とかなった。所見は顎関節は前方に変位。痛み止めを飲みながら、開口の練習をしていたら、痛みが強くなった。アナフラニール 30 mg を追加。9.5 歯科大で過呼吸を起こしたとの電話があった。セルシン筋注しても、CO₂ 上がらずとのこと。安定剤をお守りに出して貰う。06.4.1 ~ 07.8.20 過呼吸に対してドルミカム 5 mg を筋注し効果が得られたため、過呼吸で受診したらすぐに処置することとし、覚醒するまで安静とした。その後、ドルミカムを漸減し生食の筋注のみとした。症状の評価より、過呼吸で苦しんでいることは理解し、自動的に処理し、覚醒してから対処法を相談した。

この症例はまだ治療中であるが、精神発達遅滞が難治化の要因であり、ひとつひとつ問題を解決する方向で対処している。

E PTSD 症例 (YT 52 才女性)

診断基準は表 4 に示した。

1. 主訴: 左頬、顎の痛み、右の耳の中の痛み、反復する暴力の想起。

2. 起始経過:

02 年 1 月左の顔面を殴打されて以来痛みが続いている。脳外科、耳鼻科で精査を受けたが異常はなかった。顎関節症を疑われ 6 月に九州歯科大を受診した。SGB、局注を受けたがあまり痛みは変わらなかった。また意欲低下、不眠、食欲不振、体重減少もあったため当院に 02 年 8.23 紹介となった。既往歴は特になかった。それまでの治療歴としては内科で鎮痛剤、ソラナックス、睡眠薬

の投与を受けていた。しかし改善しなかったために歯科紹介となった。

3. 問題点: 右耳の痛みはじわっとした痛みで、切り傷の周りのような痛みも伴った。顎の痛みは口から顎が突っ張ったようであった。その他、不眠、食欲不振、抑うつがあった。身体的には暴力による外傷、体重減少 (9 kg) があった。

4. 治療方針: 抑うつに対してドグマチール (50 mg) 3T, トフラニール 20 mg, マイスリー (10 mg) 1T を処方した。また、病態の説明を次のようにした。心的外傷後ストレス障害とうつの合併であり、痛みは対処能力の回復で治まる可能性があると伝えた。

5. 治療経過: 当院初診時の訴えは眠りが浅く、何もする気はないとのことであった。しかし仕事は続けている。仕事は 19:00-1:00 で自営業。ドグマチール 150 mg, トフラニール 20 mg, マイスリー 10 mg 処方。PTSD について説明し、症状は改善する旨を伝える。二週間後に受診し、食事はおいしくなった。しかし感情は不安定。右耳の後ろが腫れ、近所の歯科を受診した。抗炎症剤 (ボルタレン) と抗生物質 (オラセフ) を貰ったが、発疹がでたので中止した。トランサミン、クラリスを追加処方。加害者との示談はそろそろ終結させたいとの発言が有った。症状は改善したため二週間後に投薬は中止した。PTSD も急性障害として分ける考えもあり、早期の介入で治癒するとの報告もある。また、事故や事件絡みの症例は難治化すると言われ、補償神経症という病名が付けられたことも有った。しかし、心身への介入によって解決しうる場合もある。

III 心理学的治療

Brief psychotherapy の流れの中で、S. シェイザー、インスー・キム・バーグらのミルウオーキーグループで開発された Solution-Focused Approach (問題解決指向的アプローチ) が近年注目されている。上記の治療はこの技法を骨格としてきた。難解な精神分析に対して比較的短期に治療しうるので有用な方法である。以下に簡単に紹介しておく。

A 原則的ルール

ルール 1: 壊れていないならいじらない

ルール 2: 巧くいっていることはもっとする

ルール 3: 巧いかなければ繰り返さない

既に持っている物を有効利用し、解決に焦点を当て、未来を指向するという言葉に要約される。

表 4 PTSD (post-traumatic stress disorder)

A. 以下の二項目が満たされる外傷的な出来事に暴露される
(1) 死ぬような出来事を体験または他人の出来事を目撃
(2) 反応は強い恐怖、無力感、戦慄
B. 外傷的な出来事が再体験され続ける
(1) 出来事の反復的、侵入的、かつ苦痛な想起
(2) 出来事についての反復的で苦痛な夢

B 治療関係

1. ビジタータイプ

第三者の強制や義務で受診した患者に対しては、巧くいっていることを評価し、状況を理解したと伝える。その対策として課題は出さない、受診したことへのねぎらいを行い、次回の予定を提案する。

2. コンプレイントタイプ

自らの不満があり受診した患者は解決のイメージをもち、変化への期待もある。しかし問題なのは他人で、その人の変化を期待している。よって対策は巧くいっていることへの称賛、詳しい情報を提供してくれたことが重要だと評価し、行動の課題は出さない。観察と考えるタイプの課題を出す。例外の状況での行動、関わりかたを問題にする。

3. カスタマータイプ

自らの不満解決への期待を持っている患者は自分が積極的に行動することが解決に必要と認識している場合である。対策は巧くいっていることへの称賛。解決に向かって行動する気持ちの重要性をコメント。行動の課題を出す。

C 治療技法

治療技法として五つの有効な質問が提案されている。

1. ミラクルエクシジョン

今晚、あなたが眠りについた後に、奇跡が起こって、今日ここへご相談に来られた問題が解決したと考えてみてください。明日になったら、どんなことから解決したことが解るのでしょうか？どんな風に様子が違っているのでしょうか？（de Shazer 1988）

2. 例外を見つける質問

例外として、問題が起きていないときに患者、家族にとって好ましく、これからもずっと続いてほしいことがないでしょうか？例外の中に既に起こっている解決が含まれる。既に存在している変化や解決を拡大していく方が容易である。

3. スケーリングエクシジョン

1 から 10 までのスケールで治療関係、変化への取り組みが査定でき、その差異がどう違うのか、変動が起るか、具体的に説明できる。

4. 治療前の変化を見つける質問

治療の予約をしてから受診するまでに起こった好ましい変化や改善を見つける。治療を受ける決心をするとき既に、変化や新しい行動が必要。

5. コーピングエクシジョン

そんな大変な状況の中で、よく今日まで投げ出さずにやってきましたね。一体どうやって生き延びて来たのか教えてもらえますか？サバイバルエクシジョンとも呼ばれる。

IV ま と め

患者は問題を解くためになすべきことを既に知っている。自分がそれを知っていることに気付いていないだけだと考える。従って治療者の仕事は彼らが既に持っているものを自分で新しく構築し直して解決のために使うことを援助することである。また、痛みの問題は単科では解決できない場合もあり、この時に各科が共通の理解を持ち密な協力によって治療を進めることが重要と考えられた。